



cirugia

www.elsevier.es/rchic

IMÁGENES Y CIRUGÍA

Quiste mesentérico gigante asociado a colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis múltiple



Mesenteric giant cyst associated with a chronic lithiasic cholecystitis and multiple choledocholithiasis

Ricardo Blacud^a, Romina Olmos-de-Aguilera^{b,*}, Charlotte Zäske^c y Camila Vergara^a

^a Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile

^b Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

^c Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Alemania

Recibido el 23 de marzo de 2016; aceptado el 30 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2016

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, de 62 años, sin antecedentes quirúrgicos, que consulta por dolor abdominal progresivo de 48 h de evolución, intensidad elevada, sin otros síntomas asociados. Se constata abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en hipocondrio derecho, con masa palpable en hemiabdomen superior. La ecografía abdominal señala masa quística simple. El TAC abdominal muestra quiste abdominal gigante de posible origen retroperitoneal de $20 \times 16 \times 13$ cm, sin calcificaciones ni tabiques, volumen estimado de 2.800 cc, peso de 2.300 g, asociado a colecistolitiasis, coledocolitiasis probable y quiste hepático simple (figs. 1 y 2). Se realiza laparotomía media supraumbilical con extracción indemne de un quiste mesentérico, de pared fina, uniloculado, contenido mucinoso traslúcido y

fina trama vascular superficial (figs. 3 y 4). Se encuentra vesícula hidrópica con cálculo coraliforme en su interior y litiasis múltiple en colédoco, realizándose colecistectomía laboriosa y coledocostomía con sonda Kehr. La paciente evoluciona de manera favorable, sin complicaciones. Al control en 3 semanas, la colangiografía trans-Kehr indica ausencia de litiasis residual.

Los quistes mesentéricos son tumores benignos infrecuentes y escasamente estudiados, en su mayoría congénitos. Inicialmente son asintomáticos, presentando síntomas según progresión y características del quiste^{1,2}. Es fundamental el estudio imagenológico para su confirmación diagnóstica y descartar otros procesos abdominales agudos y/o complicaciones³⁻⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: raolmosdeaguilera@medicina.ucsc.cl, romi.olmosdeaguilera@gmail.com (R. Olmos-de-Aguilera).



Figura 1 TAC abdomen: A) corte sagital; B) corte coronal.

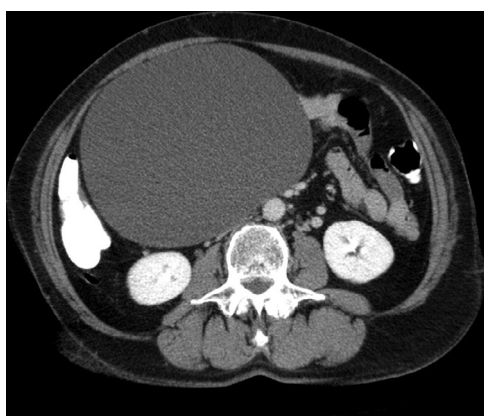


Figura 2 TAC abdomen: corte transversal-1.

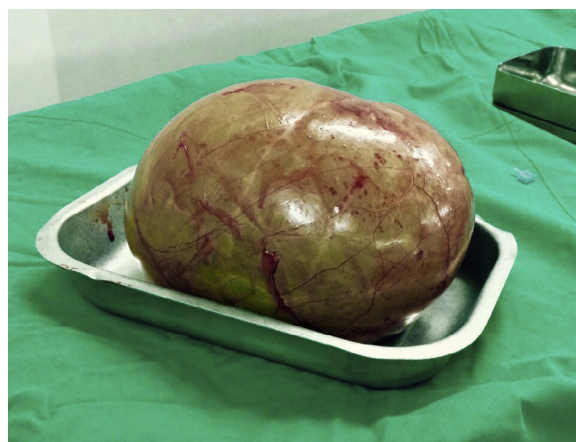


Figura 4 Pieza quirúrgica del quiste mesentérico gigante.



Figura 3 Exéresis completa del quiste mesentérico gigante.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile B. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg.* 1985;120:1266–9.
2. Martínez-Ramos D, Rodríguez Pereira C, Escrig-Sos J, Vicente Pellicer C, Miralles Tena JM, Salvador-Sanchiz J. Quiste

- mesentérico: experiencia en 4 casos. Rev Cubana Cir. 2005;44 [consultado 10 Sep 2015]. Disponible en: www.scielo.sld.cu
3. Morales S, Sánchez F, Fernández P, Bellido J, González A, Martín M. Exéresis de quiste retroperitoneal por vía laparoscópica. Cir Esp. 2001;69:507-9.
4. Rosón P, del Fresno A, Quintero B. Quiste mesentérico retroperitoneal gigante con presentación como dispepsia. Gastroenterol Hepatol. 2010;33:25-9.
5. Riquelme F, Vega L, O'Brien A. Masas mesentéricas: evaluación por tomografía computada. Rev Chil Radiol. 2009;15:165-73.